



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Calidad de la atención en la consulta externa: comparación  
en usuarios de tres Centros de salud I-3. Red Virú, 2017.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Br. Narváez Aycho, Cinthia Yackeline

**ASESORA:**

Dra. Lora Loza Miryam Griselda

**SECCIÓN:**

Ciencias Médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de los servicios de la salud

**PERÚ - 2018**

## **Jurado de Tesis**

---

**PRESIDENTE**

Mg. Enma Pepita Verástegui Gálvez

---

**SECRETARIO**

Mg. Jorge Díaz Agreda

---

**VOCAL**

Dra. Miryam Griselda Lora Loza

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios.***

*Por haberme permitido llegar hasta aquí  
brindándome salud, y guiando cada paso  
que he dado para que logre mis objetivos  
trazados.*

### ***A mi esposo e hijos***

*A mí esposo Luis, a mis hijos Luis Daniel y Thiago  
que estuvieron siempre presentes brindándome  
su apoyo durante mi carrera profesional y en el  
desarrollo de la presente tesis.*

### ***A mis padres.***

*Oscar y Estela por ser ejemplos de  
perseverancia y constancia que han infundido  
en mí durante todo este arduo camino,  
compartiendo alegrías y fracasos.*

Cinthia Yackeline Narváez Aycho

N



## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A la Universidad Cesar Vallejo***

*Por permitirnos avanzar en nuestra vida profesional y ahora subiendo un escalón más a nivel profesional*

### ***A mi Asesora Miryam:***

*Por su gran apoyo y por no dejarme caer en ningún momento, por su infinita paciencia, por sus consejos, por la motivación constante que me ha permitido culminar mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.*

### ***A mis Maestros:***

*Por todas sus enseñanzas desde las primeras clases, en especial al Doctor Milciades por haber confiado en cada uno de nosotros y por habernos transmitido su sabiduría y experiencia en cada clase impartida que quedó grabada en cada uno de nuestros corazones.*

Cinthia Yackeline Narváez Aycho

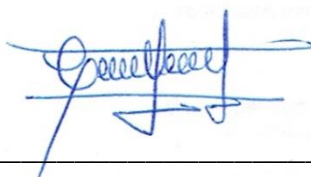
## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Br Cinthia Yackeline Narváez Aycho, educando del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar vallejo, identificada con DNI: 45096020, presento la tesis titulada: “Calidad de la atención en la consulta externa: comparación en usuarios de tres Centros de salud I-3. Red Virú, 2017” y declaro bajo juramento que:

- 1 La tesis es de mi autoría
- 2 He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto, la tesis no ha sido plagiada, ni total, ni parcialmente.
- 3 La tesis no ha sido auto plagio; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4 Los datos presentados en los resultados son reales no han sido falseados ni duplicados ni copiados, por lo tanto, se constituirán en aporte a la realidad investigada.

De identificarse la falta por fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), auto-plagio (presentar como nuevo, algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, Febrero del 2018



Br. Cinthia Yackeline Narváez Aycho

DNI: 45096020

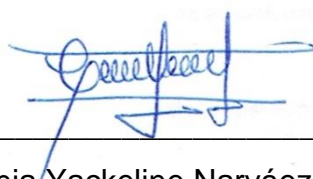
## PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con lo normado bajo el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, presentamos a nuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado “Calidad de la atención en la consulta externa: comparación en usuarios de tres Centros de salud I-3. Red Virú, 2017.”, con la finalidad de obtener el grado académico de Magíster en Gestión en los Servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica. Incluye una primera parte donde se describe la problemática y el estado del arte del área temática, dentro de ella se precisa de mediciones sobre las dimensiones de la Calidad de la Atención en la consulta externa de 3 establecimientos de salud 1-3 de la Red Virú, 2017. Se aplicó la Escala Servqual (MINSA, 2011). Ambas adaptadas para el presente estudio y validadas con un coeficiente Alfa de Cronbach basados en elementos estandarizados de 0,866 para la calidad de la atención y entre 0,704 a 0,911 respecto a sus dimensiones. La investigación continua con la presentación de los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado espero su aprobación de la presente investigación por ser de justicia.



---

Br. Cinthia Yackeline Narváez Aycho

DNI:45096020

	ÍNDICE	PAG.
	DEDICATORIAS	iii
	AGRADECIMIENTOS	iv
	DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
	PRESENTACIÓN	vi
	ÍNDICE	vii
	RESUMEN	viii
	ABSTRACT	ix
I	INTRODUCCIÓN	10
	1.1 Realidad Problemática	10
	1.2 Trabajos Previos	12
	1.3 Teorías relacionadas al tema	17
	1.4 Problema de Investigación	21
	1.5 Justificación	22
	1.6 Hipótesis	22
	1.7 Objetivos	22
II	METODOLOGÍA	24
	2.1 Tipo de Investigación	24
	2.2 Diseño de investigación	24
	2.3 Variables, Operacionalización	25
	2.4 Población muestral	26
	2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
	2.6 Método de análisis de datos	29
	2.7 Aspectos éticos	29
III	RESULTADOS	31
IV	DISCUSIÓN	36
V	CONCLUSIONES	44
VI	RECOMENDACIONES	45
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
VIII	ANEXOS	51



## RESUMEN

Con el objetivo de Comparar la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú, 2017, se desarrolló una investigación descriptiva-comparativa de diseño transversal con la participación de 180 usuarios externos (60 del Centro de salud California, 60 del Centro de salud El Carmelo y 60 de Centro de salud Víctor Raúl). Se aplicó el Servqual (MINSA, 2011) adaptado para medir tanto la Calidad de la Atención (en tanto diferencia entre expectativas y percepciones) y sus dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta o responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad. Se encontró que la fiabilidad inherente la calidad de la atención es en el CS California Buena (56,7%), en el CS El Carmelo Buena (51,7%) y en el CS Víctor Raúl Regular (58,3%). La capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención es en el CS California Regular (50,0%), en el CS el Carmelo Buena (83,3%) y en el CS Víctor Raúl Regular (75,0%). La Seguridad inherente a la calidad de la atención es en el CS California Buena (60,0%), en el CS el Carmelo Buena (91,7%) y en el CS Víctor Raúl Regular (56,7%). La Empatía inherente a la calidad de la atención es en el CS California Buena (78,3%), en el CS El Carmelo Buena (66,7%) y en el CS Víctor Raúl Regular (71,7%). La Empatía inherente a la calidad de la atención es en el CS California Regular (48,3%), en el CS el Carmelo Regular (96,7%) y en el CS Víctor Raúl Regular (73,3%). Se concluye que existe diferencias significativas al comparar las dimensiones de la calidad de la atención (fiabilidad, capacidad de respuesta o responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad) entre los tres establecimientos de salud ( $p < 0,05$  en todos los casos).

Palabras clave: Calidad de la atención

## ABSTRACT

In order to compare the quality of care according to users of the three I-3 Health Centers of the Virú Network, 2017, a cross-sectional descriptive-comparative research was developed with the participation of 180 external users (60 from the California Health Center, 60 from El Carmelo Health Center and 60 from Víctor Raúl Health Center). The Servqual (MINSA, 2011) adapted to measure both the Quality of Attention (as a difference between expectations and perceptions) and its dimensions of reliability, responsiveness or responsibility, security, empathy and tangibility was applied. It was found that the inherent reliability of the quality of care is in the CS California Buena (56.7%), in the CS El Carmelo Buena (51.7%) and in the CS Víctor Raúl Regular (58.3%). The ability to respond or responsibility inherent to the quality of care is in the CS California Regular (50.0%), in the CS Carmelo Buena (83.3%) and in the CS Víctor Raúl Regular (75.0%). The safety inherent in the quality of care is in the CS California Buena (60.0%), in the CS Carmelo Buena (91.7%) and in the CS Víctor Raúl Regular (56.7%). The Empathy inherent in the quality of care is in the CS California Buena (78.3%), in the CS El Carmelo Buena (66.7%) and in the CS Víctor Raúl Regular (71.7%). The Empathy inherent in the quality of care is in the CS California Regular (48.3%), in the CS Carmelo Regular (96.7%) and in the CS Víctor Raúl Regular (73.3%). We conclude that there are significant differences when comparing the dimensions of the quality of care (reliability, responsiveness or responsibility, safety, empathy and tangibility) between the three health facilities ( $p < 0.05$  in all cases).

Keywords: Quality of care.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Realidad Problemática**

La calidad de la atención en la prestación de servicio de salud como en cualquier otro tipo de acción o actividad de prestación de servicios o productivas, es considerada la esencia de todo esfuerzo individual colectivo que se realiza. Parece que, de todos los conocimientos, avances, y esfuerzos realizados por la sociedad moderna en el mundo contemporáneo, la deficiencia o garantía de la calidad, es una constante que siempre invita a asumir retos, sobre todo, para aquellos países cuyo desarrollo no alcanzan los estándares deseables y sostenidos (OMS, 2011).

Las repercusiones en el progreso social y de salud pública depende de la forma como se asumen estos retos. A nivel Latinoamericano es la ausencia de calidad en la prestación de los servicios de salud: los sistemas inefectivos e ineficientes, acceso limitado, incremento de costos, quejas médicas (mala praxis medicas), insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afección de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios, diferenciación en el trato a las persona por su raza, edad u opción sexual, y lo peor pérdidas de vidas humanas por enfermedades prevenibles relacionadas al síndrome metabólico (OPS, 2009; OMS, 2016).

En nuestro país podemos agregar factores demográficos y epidemiológicos que nos enseñan a trabajar en cambios permanentes de nuestras estrategias sanitarias, a saber, que la demanda y la prestación de servicio de salud no solo se enfrenta con tecnología moderna u altos presupuestos, si no también, con un personal sensibilizado y preparado para una atención de salud más humana y equitativa (OPS, 2009).

Estos últimos preceptos en nuestra realidad medico social han ido siendo asumidos por el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad MAIS\_BFC, sin embargo, su implementación, antes que una solución, a través de las redes integrales de establecimiento de salud están

representado un serio problema sistémico en la prestación de servicio de salud (Tejerina, 2014).

A nivel nacional y sobre todo en provincias, difícilmente podemos encontrar servicios de salud que cumplan con los estándares de calidad internacional o que su trabajo pueda estar apoyado en métodos y reglamentaciones promovidas por organismos internacionales o basen su trabajo en la evaluación constante del desempeño de las políticas o programas de la calidad de la atención. Al parecer, ni las recomendaciones del comité ejecutivo de la organización mundial de la salud (1997) sobre las funciones esenciales de la salud pública, han podido ser cumplidas, de ahí que el concepto de la calidad que se tenía (“seguridad de la calidad en los servicios de salud”), según los propios reportes de la organización panamericana de la salud y la OMS/OPS (2011) es la función que representa el menor desempeño para la región de las Américas, lo que plantea uno de los desafíos de la salud a nivel mundial, de cara al futuro.

Bajo estas premisas no es raro que en la Provincia de Virú, en el campo de la prestación de servicios de salud, las deficiencias sean más que evidentes y los desarrollos dispares de lugar en lugar, de establecimiento en establecimientos. La implementación del MAIS desde su componente de gestión, organización, estructura y financiamiento se caracterizan por acciones inmediatas, que, según la percepción del usuario, nos brinda la seguridad médica del paciente y, muy pocas veces puede decirse que representen prestaciones de servicio de calidad (MINSA 2011; 2012).

Los establecimientos de la red Virú en el nivel 1-3 presentan una historia de esfuerzos individuales y colectivos por lograr un avance paulatino y permanente en la mejora de la prestación de servicio de salud, no obstante aún se identifica que la calidad de los servicios es heterogénea y se caractericen por su insuficiencia y reducida capacidad para solucionar los problemas de salud de la población, lo que hace que prevalezcan altas tasas

de insatisfacción en los usuarios y en los propios prestadores de servicios de salud (MINSA, 2012).

En la actualidad, se ha mostrado mucho interés de parte de autoridades políticas en los problemas de la calidad de los servicios de salud en la Red de Virú. Muchas fueron las propuestas para contribuir de manera eficiente con las políticas la calidad y seguridad para el paciente, incluso se han firmado sendos compromisos para la ejecución de planes y presupuestos participativos en las instituciones gubernamentales. Y, en correspondencia a las estrategias que estuvieron dirigidas a implantar el MAIS, se supone que los resultados deberían ser lo que caracterice el avance del desarrollo social. Sin embargo, la realidad de la calidad de la prestación de servicios no es la más deseada ni ha sido la más esperada por todos los actores sociales (MINSA, 2012).

Pero, no se trata de evaluar la calidad de la atención de la salud como política pública que forma parte de la agenda del trabajo de las instituciones públicas, sino, de ir identificando las necesidades que estas instituciones tienen para generar y desarrollar una cultura de trabajo por la calidad y seguridad del paciente en todos los niveles. Esta es la tendencia del mundo contemporáneo y lo que puede guiar a una interpretación más justa y equitativa de la realidad medico social en que vive el usuario de los servicios de salud en la Provincia de Virú. Esta es la ruta para la construcción de la calidad de la atención, sin embargo, las experiencias más exitosas han sido aquellas que han hecho uso permanente de procesos evaluatorios (Aguirre, 2011), de ahí la importancia y/o pertinencia de realizar el presente estudio en los centros de salud 1-3 de la red VIRU, 2017.

## **1.2 Trabajos Previos**

No se han encontrado estudios comparativos de la calidad de la prestación de servicios de salud desde la perspectiva del usuario, sin embargo, podemos contar como antecedentes empíricos a los estudios de: Mercado K (Ecuador, 2016) su objetivo fue demostrar que la calidad es una cuestión de

todos y permite crear alianzas a largo plazo por la fidelidad de los clientes debido al buen trato receptado. La investigación descriptiva, explicativa y documental se realizó en el ámbito de la Provincia Esmeraldas con 186 Odontólogos y 534 mil habitantes. Se encontró que solo 108 Odontólogos estaban activos y el Centro Odontológico no cuenta con procesos definidos para ningún parámetro, para crear una empresa. El manejo administrativo es manera empírica. La carga laboral diaria de los trabajadores, no es equilibrada, y en ocasiones es demasiado exigente. La calidad del servicio es Regular y mala 40% lo que significa que los pacientes en ocasiones sean mal atendidos. El nivel de satisfacción del paciente es mayoritariamente media (58%) (Mercado, 2016).

Así mismo, Santana, et al. (Brasil, 2014), su objetivo fue evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. El estudio trasversal con 275 pacientes. Se encontró que, entre los cuidados de enfermería evaluados, solo dos veces seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación - y los demás grandes como pobres. Los pacientes se encuentran satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Se concluye que, a pesar del déficit de calidad, la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería es alta (Santana, et al, 2014).

Del Salto E (Quito, 2014) cuyo objetivo fue evaluar la calidad de atención y la satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. El estudio descriptivo observacional - epidemiológico y analítico trasversal involucró a 391 personas. Se encontró que la satisfacción con la atención era entre el 88,97 y el 94,36%. Más del 50% de los usuarios atendidos sin Historia clínica. No se encontró ninguna información importante en los usuarios atendidos (32%). No existe información adicional en el post consulta por parte del personal de Enfermería. Se concluye que alrededor del 98% de los usuarios considera que el trato del médico es adecuado y solo el 2% considera que el trato es indiferente. El tiempo de espera en la pre-consulta es el adecuado

(81%) sin embargo se debe mejorar a favor del usuario. El 45% de los usuarios consideran que no tienen las facilidades para acceder a la atención en el Departamento Médico. (Del Salto, 2014)

Vargas, Solana, Mercado (España 2014) su objetivo es determinar la relación entre las expectativas del paciente y la calidad del servicio. La investigación descriptiva hace uso del SERVQUAL desde la perspectiva del dentista. Encuentra relación significativa entre las expectativas del paciente y la calidad del servicio e identifica líneas de investigación relevantes: Enseñar al paciente a evaluar la calidad técnica de la clínica dental, enseñar al dentista a demostrar su calidad técnica, determinar diferencias –en la evolución de la calidad del servicio del paciente –cuando su enfermedad es grave y cuando no lo es, determinar cuánto afecta la renuencia del paciente a la percepción de la calidad del servicio entre otras (Vargas, Solana y Mercado, 2014).

Así mismo, Vega Y. (Colombia, 2013) cuyo objetivo fue determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería. La investigación descriptiva correlacional involucro a 158 pacientes hospitalizados y aplicó el Cuestionario SERVQHOS-E. Se encontró que el 56% fueron mujeres y el 44% hombres, con una media de 48.5 años. La calidad percibida de la atención de la enfermedad por los pacientes hospitalizados es "Peor y mucho peor de lo esperado" en un 4%, "Como me esperaba" en un 17%, y "Mejor y mucho más de lo que esperaba" en un 78%; el 48.7% estuvo "Muy Satisfecho", el 48.1% "Satisfecho", y el 3% "Poco y Nada Satisfecho". Se concluye que el 78% de los pacientes evidencian altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% Recomendaría la IPS (Vega, 2013).

Por su parte, Araya C. (Chile, 2011). Su objetivo fue Determinar la calidad de atención Odontológica Pública, basada en consideraciones intangibles, desarrollada por los usuarios registrados en Centros de Salud Familiar de Atención Primaria Urbana. Se hizo uso de una herramienta, la escala

SERVPERF, validada en las empresas privadas de servicio y basada sólo en las percepciones como una forma de evaluar la calidad, es decir se pesquisan sólo dimensiones intangibles. Se tomó una muestra de 405 personas de un universo poblacional de 48.746, permitiéndose un error del 5% con un nivel de confianza del 95% y se aplicó en sus hogares una encuesta elaborada para la ocasión. Se observó cuál es la percepción de la atención a uno de los grupos más vulnerables de los usuarios, las personas con discapacidad. Los resultados mostraron la valoración más baja para la *folletería y recetarios* con un 4,85 en la escala 1 a 7, siendo este último lo mejor. Un 6,84 fue la nota asignada al *sistema de acopio de datos* y un 4,91 para *los demás miembros del consultorio*. Un 5,79 es la nota que obtienen *los odontólogos* que otorgan la prestación. El criterio Empatía resultó ser la media más baja y distinta a todos ( $p < 0,004$ ). En las personas con discapacidad, los resultados mostraron mayor deficiencia en la atención con una media general de 4,82, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre los promedios de los criterios. Al comparar la atención de las personas no discapacitadas con personas discapacitadas, todos los promedios de estos últimos fueron inferiores ( $p < 0,05$ ) (Araya, 2011).

A su vez, Ramos L (Perú, 2015), se planteó como objetivo determinar el efecto de los factores asociados al nivel de satisfacción sobre la calidad de la atención del usuario externo Centro de Salud Pícsi, 2015. La investigación descriptiva-observacional y corte transversal involucró 96 usuarios externos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que acuden al centro de salud para ser atendidos. Se hizo uso de la encuesta SERVQUAL, encontrándose que el 98,9% de los usuarios fueron de sexo femenino, un 36,5% con educación primaria, un 39,6% de educación secundaria, un 13,5% de educación superior, 4,2% con educación superior universitaria y hay un 6,25% de los usuarios analfabetos. En su gran mayoría, los que tienen acceso al centro de salud, tienen seguro de salud por el SIS, 90,6% y un 5,2% de usuarios no tienen ningún tipo de seguro. Se concluye que el nivel de Satisfacción del usuario externo es de 72,2%. La dimensión que permite



registrar el nivel más alto de insatisfacción es la Capacidad de Respuesta con un 57.81%. La empatía mostró un 91,3% de satisfacción (Ramos, 2015).

Asimismo, García D (Perú, 2014), su objetivo fue identificar la percepción y las expectativas de la calidad de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud Delicias Villa - Chorrillos desde febrero de 2013 a mayo de 2013. El estudio observacional, descriptivo de corte transversal involucró a 192 encuestados mayores de 18 años de ambos sexos que acuden a una atención en el establecimiento de salud. Para la obtención de los resultados de la encuesta SERVQUAL. Se concluyó que el nivel de insatisfacción del usuario es 55.24%. La dimensión de Fiabilidad presentó un nivel de insatisfacción del 58.5%; siendo el ítem de mayor porcentaje de insatisfacción la deficiencia de medicamentos en farmacia. La dimensión de la capacidad de respuesta obtuvo el mayor porcentaje de usuarios insatisfechos 60.5%. La seguridad como la Empatía presenta un nivel de satisfacción mayor que las demás dimensiones (51.8% en ambos casos). El respeto a su privacidad en el consultorio tiene un menor grupo de usuarios insatisfechos (36.46%). La Tangibilidad muestra un nivel de insatisfacción del 59.6% (García, 2014).

Rodríguez M. (Perú, 2012), cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de la UNMSM. La investigación involucró a 210 pacientes mayores de 14 años de edad que recibieron atención durante el segundo semestre del 2011. Se aplicó la encuesta SERVQHOS modificada. Se encontró que el nivel de calidad percibida fue Regular (71,4%), los factores que influyen en la percepción de calidad son la edad y el grado de instrucción. La puntualidad en la atención y el tiempo de espera influyen negativamente en la percepción de la calidad (Rodríguez, 2012).

### **1.3 Teorías relacionadas al tema**

#### **1.3.1 Calidad de la atención del usuario externo**

En el presente estudio se asume el criterio de calidad de la atención de la XXVII Conferencia Sanitaria Panamericana, donde se señaló que la calidad es una cualidad esencial de la atención médica, que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantiza el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud; y que es uno de los desafíos de los servicios de salud de las Américas (OMS/OPS, 2011).

Este constructo surge a partir de los trabajos de Doctor Avedis Donavedian (1980; 1984; 1990; 1993) en Estados Unidos de América con base en la teoría de sistemas, destacando su publicación científica de 1984, la calidad de la atención médica. Muchos han sido los criterios valorativos que surgieron a partir de los planteamientos de la calidad de atención médica de Donavedian y los eventos internacionales de respaldo y abiertamente contrario.

Sin embargo, las lecciones más importantes vinieron a partir de año 2000 con la aplicación de sistemas de evaluación integral de las unidades médicas que hacían énfasis en los seguimientos de los procesos de atención pasando posteriormente a formar parte de los procesos integrales de actualización de las unidades de atención médica. Los acuerdos internacionales con la OMS y OPS no se hicieron esperar y se buscó que modelar a los procesos nacionales, con referencias de calidad internacional creando así el concepto de certificación hospitalaria (OMS/OPS, 2011).

En nuestro país, sin resultados favorables no se volvió hablar del asunto a pesar que se incrementó la burocracia sanitaria extra e intrahospitalaria. En la actualidad no se habla ya abiertamente de los establecimientos de salud acreditados a nivel internacional revelándose así el fracaso de los procesos evaluativos de la calidad de la prestación de servicios (MINSA, 2011).

De ello se aprendió que no basta con equipar y controlar la calidad de los productos o trabajar para que existan condiciones mínimas que garantice un trabajo más eficaz y eficiente dentro de los criterios de calidad. Tampoco basta con tratar de adaptar el entorno medico a un enfoque dirigido hacia la consecución de equidad y tras parentación en la prestación de los servicios. Es evidente que esto resulta hasta incompatible con el sistema de acreditación hospitalaria. De ahí que una línea de trabajo importante sea la de la autoevaluación del nivel de calidad (Wills, 2011).

Japón y Estados Unidos, seguidos de algunos países Europeos auspiciado por la Fundación Europea para la Calidad de la Atención, son los que lideran los estándares altos de la calidad a través de la autoevaluación. Ellos incluyen un diagnostico situacional de las organizaciones, para conocer sus problemas y puntos débiles a fin de trabajar para su mejora continua, hasta lograr la excelencia en la satisfacción del cliente y empleados, efectos benéficos en la sociedad y resultados óptimos de la institución (The Commonwealth Fund, 2011).

Este sistema tiene mucha similitudes con la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención, su ventaja es que se ha trasformado en una plataforma de alternativas de interacción acción capaces de cubrir objetivos estratégicos viables, tal cual lo reconocen la Joint Comissión de la Canadian Council on Health Facilitties Acreditacction, y la Generalidad de Cataluña (España), entre otros (OMS/OPS, 2011).

En América Latina la principal iniciativa en esta área correspondió a la OPS con la Federación Latino Americana de Hospitales, siendo el factor fundamental, para el desarrollo de su propuesta, un Manual de Estándares de Acreditación, en base de la Joint Comissión, que fuera presentado en la OPS (Washington) y en todos los países latinoamericano como una propuesta para la evaluación y auditoria médica (OMS/OPS, 2011).

La debilidad fundamental de esta herramienta fue de dejar de lado la percepción que el usuario tiene sobre los procesos de la calidad de la atención, su estructura se enfoca en la calidad de la atención medica desde un punto de vista de las presuntas faltas de calidad identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes o como consecuencia de su insatisfacción con los servicios (OMS, 2015).

Las consecuencias de este enfoque es que solo se pudo identificar entre 44 mil y 88 mil muertes al año por errores médicos, pero, nada de los problemas que atañen a la calidad de la prestación de servicios. Los problemas de la calidad se centraron en términos conceptuales y fueron rodeando estos procesos tratando de presentarlos como otra realidad y no una determinante de la calidad de la atención (OMS, 2010).

En el presente estudio nos enfocaremos más en la percepción del usuario para comparar los niveles de calidad en los tres establecimientos de salud 1-3 de la red Virú 2017. Estos criterios de calidad son constructos basados en el manejo de cinco dimensiones desarrolladas inicialmente por Parasuraman, Zeithaml, y Berry 1988 y adoptadas por el MINSA en el Perú el 2011. Estas dimensiones criterios son:

La fiabilidad es la cualidad de seguridad y buenos resultados, una probabilidad del buen funcionamiento de algo. En el sistema de salud se toma el desarrollo de los procesos de atención sin fallos y evitando el riesgo mínimo. Es un factor esencial para la competitividad. También se relacionó con la disminución de las averías en los equipos. Por mejorar la fiabilidad se entiende por la capacidad de prevenir y predecir el curso de los procesos. En consecuencia, la fiabilidad es un factor esencial en la calificación de la calidad de la atención de los servicios, permite evaluar la capacidad para identificar los problemas, disminuir errores y buscar soluciones. También evalúa la forma como durante la atención en los servicios para ayudar a evitar los riesgos a través de la mejora de los procesos de atención, la

innovación de la tecnología, el entrenamiento del personal y el abastecimiento oportuno de medicamentos (OMS, 2011).

La responsabilidad como elemento de calidad de la atención se define como la disponibilidad para ayudar a los usuarios y proporcionar el servicio con prontitud. Es la capacidad de sentirse obligada a dar una respuesta o cumplir un trabajo sin presión externa. Su evaluación tiene un valor moral que está en la conciencia de la persona, que permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, con la disposición de ayudar a los usuarios y proporcionar servicios rápidos. La responsabilidad en la evaluación de la calidad de la atención del profesional tiene dos vertientes: individual y colectiva: Individualmente es la capacidad que tiene una profesional de conocer y aceptar las consecuencias de los actos libres y conscientes. En lo colectivo está la capacidad de influir en lo posible en las decisiones de una colectividad, el mismo tiempo responde por las decisiones que se toman como grupo social en el que sí está incluido, (OMS, 2011).

La seguridad como elemento de la calidad del servicio se refiere a la evaluación del conocimiento, la cortesía y la habilidad para inspirar buena fe y confianza. Es una cualidad, habilidad y aptitud del conocimiento profesional para brindar la información sobre la atención que brinda una manera fácil, sencilla y precisa. Lo que puede interpretarse como la evaluación de la capacidad del profesional para transmitir la confianza al momento de brindar la atención que requiere el usuario, (OMS, 2011).

La empatía como elemento de la calidad del servicio es la evaluación de una habilidad propia del profesional que nos permite comprender como dicha profesional se coloca en el lugar del usuario para comprenderlo y comprenderlo desde su punto de vista. La empatía sirve al profesional para mejorar sus relaciones interpersonales con el usuario, la comunicación y la generación de sentimientos de simpatía, comprensión y ternura. Para que este tipo de prueba pueda ser de la mejor manera posible, se debe tomar en

consideración algunas capacidades de comportamiento como la calidad de la interrelación, el desarrollo moral, la buena comunicación y el altruismo. También debe tener en cuenta las respuestas emocionales, el bienestar que orienta hacia las otras personas y algunos sentimientos empáticos (simpatía, compasión y ternura) (OMS, 2011).

La empatía cumple también las funciones de motivación y la información que se acercó a la otra persona, se acercó a la forma en que se debe valorar el bienestar de los demás. Puede decir que una persona es empática cuando sabe escuchar con atención a los demás, pero aún sí sabe cuándo debe hablar y está dispuesto a discutir los problemas para encontrar una solución a ellos. Así que ser empático es simplemente capaz de comprender emocionalmente las personas, lo que es la clave del éxito en las relaciones interpersonales, (OMS, 2011).

Los elementos tangibles de la calidad son definidos como el aspecto de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación. Todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los clientes se utilizan en particular, para evaluar la calidad. También son definidos como los aspectos físicos, como las instalaciones, el personal, la documentación y el material de comunicación que utilizan una primera vista, es la imagen que la empresa proyecta para poder construir, esta imagen física tiene que exceder las expectativas del cliente. Es decir, es decir es la percepción del usuario sobre aspectos como equipos, personal, dinero, materiales de comunicación, etc., que sirve para una mejor comodidad, precisión y rapidez, así como una única utilidad de ellos, los que cubren las expectativas de calidad de los servicios, (OMS, 2011).

#### **1.4 Problema de Investigación**

¿Cuál es el resultado de comparar calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú, 2017?

## 1.5 Justificación

**Justificación teórica.** - A través de este estudio se podrá conocer aspectos relacionados con el avance teórico del área temática y el estado del arte de la misma, lo que permitirá el desarrollo de nuevos conocimientos y la apertura para nuevas investigaciones al respecto.

**Justificación práctica.** - Este estudio comparará la calidad de la atención en tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú. Ello permitirá un mejor dimensionamiento de la evolución de los procesos de atención y de la prestación de servicios de salud en general.

**Justificación metodológica.** - Este estudio ha sido ejecutado teniendo en cuenta los métodos y técnicas que se emplea en una investigación científica, por tanto, los resultados guardan la correspondencia y coherencia lógica dentro de los criterios de objetividad y validez de carácter científico.

**Relevancia social.** - El estudio permitirá sensibilizar al personal asistencial de los servicios externos de los tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú, sobre la necesidad de mejorar permanentemente la calidad de la atención y desarrollar así una cultura de valores para la prestación de servicios más humana e igualitaria.

## 1.6 Hipótesis

La calidad de la atención según los usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú varía significativamente, 2017.

## 1.7 Objetivos

### 1.7.1 Objetivo General

Comparar la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú, 2017.

### **1.7.2 Objetivos específicos**

- Comparar la fiabilidad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
- Comparar la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
- Comparar la seguridad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
- Comparar la Empatía inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
- Comparar la Tangibilidad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.



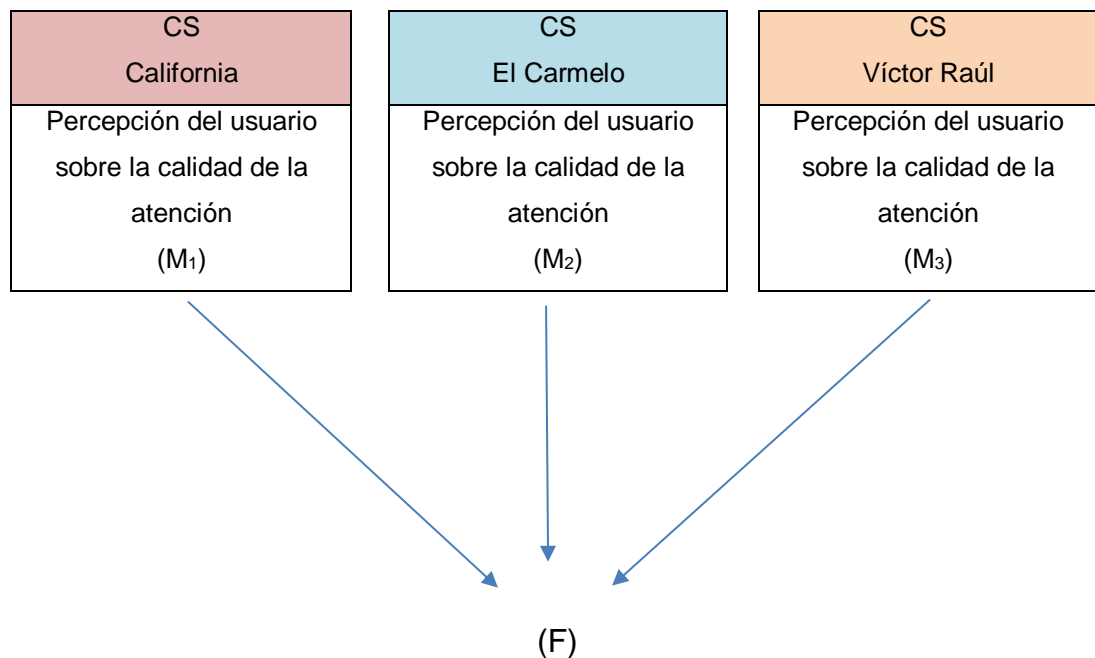
## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo de Estudio

Descriptivo comparativo, no experimental. El fin último del estudio fue comparar la calidad de la prestación de servicios de salud entre tres establecimientos de salud, desde la perspectiva del usuario. En este proceso no se manipularon las variables, solo se determinaron fenómenos o hechos que ya pasaron (Hernández, Fernández y Baptista, 2012).

### 2.2 Diseño de la Investigación

Descriptiva comparativa de diseño transversal.



Donde:

M<sub>1</sub>: Representa la muestra considerada entre usuarios del Centro de Salud California de Virú

M<sub>2</sub>: Representa la muestra considerada entre usuarios del Centro de Salud El Carmelo de Virú

M<sub>3</sub>: Representa la muestra considerada entre usuarios del Centro de Salud Víctor Raúl de Virú

(F) Observación de la Varianza (F) sobre calidad de la atención

## 2.3 Variables, operacionalización

### 2.3.1 Identificación de Variables

**Variable I:** Calidad de la atención

### 2.3.2 Operacionalización de Variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

<b>Calidad de la atención.</b>	Percepción del usuario, sobre la calidad del servicio recibido, se enfoca en los elementos de la empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y tangibilidad (Minsa, 2011)	Resultados de la aplicación de encuesta SERVQUAL a través de sus dimensiones de fiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, empatía y tangibilidad Intervalo	Fiabilidad inherente a la satisfacción con la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de procesos.</li> <li>- Entiende los procesos.</li> <li>- Brindan información precisa sobre tratamientos.</li> <li>- Presentan alternativas para solucionar problemas.</li> </ul>	<b>Intervalo 35 puntos</b> Buena (< 40% pts.)  Regular (40 a 59% pts)  Mala > 59 pts.
			Capacidad de respuesta inherente a la satisfacción con la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención rápida</li> <li>- Dinamismo del profesional en salud.</li> <li>- Requerimientos del profesional.</li> <li>- El profesional cumple requerimiento en cuanto a seguridad.</li> </ul>	<b>Intervalo 28 puntos</b> Buena (< 40% pts.)  Regular (40 a 59% pts)  Mala > 59 pts.
			Seguridad inherente a la satisfacción con la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privacidad en la atención</li> <li>- Confianza entre Ud. y el profesional</li> <li>- Reserva de información personal.</li> <li>- Reincidir en atenderse en este establecimiento.</li> </ul>	<b>Intervalo 28 puntos</b> Buena (< 40% pts.)  Regular (40 a 59% pts)  Mala > 59 pts.
			Empatía inherente a la satisfacción con la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amabilidad</li> <li>- Buena relación interpersonal.</li> <li>- Buena comunicación</li> <li>- Buen trato por parte del profesional.</li> <li>- Respeto de la opinión.</li> </ul>	<b>Intervalo 35 puntos</b> Buena (< 40% pts.)  Regular (40 a 59% pts)  Mala > 59 pts.
			Tangibilidad inherente a la satisfacción con la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privacidad</li> <li>- Comodidad y</li> <li>- Equipos materiales para</li> <li>- Material consulta</li> </ul>	<b>Intervalo 28 puntos</b> Buena (< 40% pts.)  Regular (40 a 59% pts)  Mala > 59 pts.

## **2.4 Población, Muestra y Muestreo**

### **2.4.1 Población muestral**

Lo constituyen 180 usuarios externos de los servicios de salud. Esta población fue asignada estratégicamente en forma proporcional para cada Centro de Salud: 60 del Centro de salud California, 60 del Centro de salud El Carmelo y 60 de Centro de salud Víctor Raúl.

### **2.4.2 Criterios de Inclusión**

Pacientes de los servicios de salud de ambos sexos, mayores de 18 años de edad y con más de 3 atenciones en los servicios externos del Centro de Salud.

Pacientes con residencia formal en el Distrito de Virú

### **2.4.3 Criterios de Exclusión**

- Paciente que recibe tratamiento psiquiátrico
- Paciente que no deseen colaborar voluntariamente con los objetivos y fines de la investigación

### **2.4.4 Unidad de análisis**

Usuarios que se atienden en los servicios de consulta externa de los Centros de Salud “California”, El Carmelo” y Víctor Raúl.

## **2.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos.**

### **2.5.1 Técnica**

Encuesta con abordaje individual persona a persona.

Se solicitó el permiso correspondiente a los directores de los establecimientos en estudio. El abordaje se realizó en las afueras del servicio al que acudieron sin interferir con su proceso de atención. Se les explicó el propósito de la investigación y se les solicito su colaboración voluntaria para participar en el respondiendo el cuestionario que le fue presentado. Una vez aceptada la invitación se

procedió a la aplicación del mismo en un tiempo promedio de 20 minutos.

## 2.5.2 Instrumentos

- Escala Multidimensional Servqual adaptación MINSA 2011 para medir la calidad de la atención y la satisfacción del usuario externo. Consta de dos partes una sobre Expectativas (E) y otra sobre Percepción (P) obteniéndose resultados sobre la calidad de la atención a nivel general al restar (E-P), la satisfacción estaría representada por las percepciones en forma directa.

## 2.5.3 Validación y confiabilidad del instrumento:

**Tabla 2.** Validación y confiabilidad de la Escala Multidimensional Servqual para satisfacción de usuarios (adaptación MINSA, 2011).

Nombre	de	Escala Multidimensional Servqual para calidad de la atención y satisfacción al usuario externo.
Autor		Narváez C y Lora M. (2017).
Año		2017.
Aplicación		Hospital Distrital Jerusalén La Esperanza-Trujillo Perú.
Versión		Primera /2011/2017.
Sujetos aplicación	de	Usuarios de consulta externa de ambos sexos y de 18 a 60 años de edad.
Tipo administración	de	Individual, abordaje persona a persona.
Duración		15 minutos
Normas de puntuación	de	General con 154 -154 puntos (E-P) en 22 ítems para medir la Calidad de la atención y de puntaje específico respecto de la satisfacción del usuario externo por dimensiones --. Fiabilidad: Preguntas del (1-5) con 35 pts. --. Capacidad de respuesta o Responsabilidad: Preguntas del (6-9) 28 pts. --. Seguridad: Preguntas del (10-13) 28 pts. --. Empatía: Preguntas del (14-18) 35 pts. --. Tangibilidad: Preguntas del (19-22) 28 pts. Cada ítems se estructura en la escala numérica del 1 al 7. 1 se considera como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.
Campo aplicación	de	Administración de localidad del servicio en entidades públicas y privadas
Validez		Validez interna Desarrollo de teoría relacionada con Escala SERVQUAL para medir satisfacción por el servicio recibido (percepción), bajo el auspicio del Marketing Science Institute. Se valoran los trabajos de Zeithaml, Valarie A. (1983): Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. USA; y, de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing.  Validez operativa Se aplicó en 20 establecimientos de salud: Bayona Linares, Nancy Ysolina: Hospital Militar Central Cabello Morales, Emilio Andrés: Hospital Nacional Cayetano Heredia Castro Rojas, Miriam Corina: Disa V-Lima Ciudad Castro Villacorta, Ana Teresa: Disa V Lima Ciudad Cruzado Cachi, Segundo Baltazar: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

	<p>Durand Carrion, Jesus Anais: Hospital San Jose  Díaz Cabrel, Rosa Alicia: Microrred Los Olivos – Disa V Lima Ciudad  Hinostrera Flores, Gilda: Instituto Nacional Materno Perinatal  Moreno García, Zoila Rosa: Hospital Nacional Dos De Mayo  Maldonado Noel, Ruth: Instituto Nacional De Salud Del Niño  Lavado De La Flor, Glicería Del Carmen: H. N. Hipólito Unánue  Leyton Valencia, Imelda Beatriz Hospital Santa Rosa  Peñalva Castillo, Anani: Instituto Nacional Materno Perinatal  Perez Goycochea, María Luz: Usaid-Peru-Calidad En Salud  Perez Benites, Ana Yolanda Diresa Callao  Quiroz Avilés, Luis Napoleón: Disa V Lima Ciudad  Romero Chumpitaz, Antonio: Hospital Nacional Cayetano Heredia  Sevillano Montañez, María El Socorro: Red De Salud Villa El Salvador Disa Lima Sur  Silva Espinoza, Luz Yony: Hospital Puente Piedra  Távora Talledo, Sandra Liliana: Red De Salud Lima Ciudad – Disa V Lima Ciudad.</p> <p>Promedio otorgaron puntuaciones globales de 68% e indicadores: claridad 63%, objetividad 63%, actualidad 68%, organización 70%, suficiencia 60%, intencionalidad 73%, consistencia 70%, coherencia 70%, metodología 73%, correspondiéndole un nivel muy bueno.</p> <p>Validez de contenido por Expertos:</p> <p>Altez Arias, Eliana: Dcs – Dgsp  Bayona Linares, Nancy Ysolina: Hospital Militar Central  Balleto, Laura: Essalud  Cardenas Garcia, Fresia Ismelda Elena: Denfesa Nacional-Minsa  Chunga Ticse, Luis Fernando: Hospital Nacional Arzobispo Loayza  Cruzate Cabrejos, Vicente Leonardo: Hospital Madre – Niño “San Bartolome”  Corcuera Garcia, Luis: Dcs-Dgsp-Minsa  Durand Carrion, Jesus Anais: Hospital San Jose  Durand Concha, Fernando: Red De Salud Villa El Salvador Disa Lima Sur  Figueroa B. Cecilia: Disa Lima Este  Guardia Aguirre, Nidya: Parsalud  García Corcuera, Luis Vicente: Dcs - Dgsp  Loayza Fernández, Janet Roxana: Dcs - Dgsp  Lazo Gonzales, Oswaldo: Upch  Lavado De La Flor, Glicería Del Carmen: Hospital Nacional Hipolito Unanue  Moya Grande, Jaime: Clínica Ricardo Palma  Morales Bendezu, Milton: Prosynergy  Ortega Carhuamaca, Susana: Geresá Calla O  Pérez Goycochea, María Luz: Usaid Peru- Calidad En Salud  Pereyra Quiroz, María: Dss-Dgsp-Minsa  Parraga Aliaga, Tomas: Essalud  Quiroz Aviles, Luis Napoleón: Disa V Lima Ciudad  Silva Del Aguila, Jorge Demetrio: Hospital Fap  Sevillano Montañez, María Del Socorro: Red De Salud Villa El Salvador Disa Lima Sur  Santivañez Pimentel, Alvaro Cesar: Geresá Callao  Suarez Cardenas, Teresa: Dgs-Dgsp-Minsa  Vigo Obando, Ina: Upch  Ypanaque Luyo, Pedro Josue: Dss-Dgsp-Minsa</p>
Confiabilidad de las dimensiones de Calidad de la Atención (Anexo 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confiabilidad de la dimensión FIABILIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 5 elementos estandarizados en 0.763 (nivel aceptable Alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 19,73 con varianza de 38,684 y una desviación estándar de 6,220 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,483 a 0,870 y una variabilidad (F) de 3,596 con una sig. de: 0,000 (Muy significativa).</li> <li>- Confiabilidad de la dimensión CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 4 elementos estandarizados en 0.754 (nivel aceptable Medio Alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 17,09 con varianza de 33,515 y una desviación estándar de 5,789 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,433 a 0,864 y una variabilidad (F) de 3,377 con una sig. de: 0,000 (Muy significativa).</li> <li>- Confiabilidad de la dimensión SEGURIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 4 elementos estandarizados en 0.911 (nivel aceptable MUY ALTO). Esta dimensión</li> </ul>

	<p>presenta una escala con una media de 15,95 con varianza de 45,760 y una desviación estándar de 6,765 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,982 a 0,996 y una variabilidad (F) de 108,787 con una sig. de: 0,000 (Muy significativa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confiabilidad de la dimensión EMPATÍA: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 5 elementos estandarizados en 0.910 (nivel aceptable Medio Alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 22,14 con varianza de 58,981 y una desviación estándar de 7,680 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,769 a 0,942 y una variabilidad (F) de 8,034 con una sig. de: 0,000 (Muy significativa).</li> <li>- Confiabilidad de la dimensión TAMGIBILIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 4 elementos estandarizados en 0.704 (nivel aceptable Medio). Esta dimensión presenta una escala con una media de 18,45 con varianza de 50,260 y una desviación estándar de 7,089 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,429 a 0,863 y una variabilidad (F) de 3,356 con una sig. de: 0,000 (Muy significativa).</li> </ul>
Conclusión	La prueba es confiable en su estructura interna de 5 dimensiones y en consecuencia se recomienda su aplicación para el presente estudio.

## 2.6 Métodos de Análisis de Datos

Los datos se procesaron otorgando códigos numéricos excluyente para su ingreso directo a la computadora. Se contó con el apoyo del Paquete estadístico SPSS-V22 en español. Una vez ingresados los datos a la computadora se presentan los descriptivos-comparativos para determinar la varianza (F) a través de un cálculo ANOVA. Se estableció la significancia estadística de la correlación en  $p < 0,05$  como significativo.

## 2.7 Aspectos éticos

En el presente estudio se respetan no solamente los valores éticos y morales, sino también los derechos de las personas y las instituciones, sus normativas vigentes, en correspondencia con lo remarcado en el Reporte Belmont sobre el respeto a las personas, beneficencia y resguardo a la independencia de las personas, con la que se pretende extender los beneficios y reducir los daños posibles a una intervención.

Asimismo, se practicó la no presión a los encuestados, sino más bien el ejercicio libre de su voluntad para expresar sus opiniones o apreciaciones el cual no es revelado con nombre propio, sino que se guardara la anonimidad del enunciante y también la confidencialidad de lo que se reporta como resultados del estudio, y si se tratara de hacer una publicación se hará con la respectiva autorización de las autoridades correspondientes. La garantía

de la originalidad de lo informado estará a cargo del programa Turnitin, con un porcentaje de aceptabilidad establecida por la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo.

### III. RESULTADOS

**Tabla 3.**

*Comparación de la fiabilidad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de salud I-3 de la Red Virú, 2017.*

FIABILIDAD	Usuarios					
	CS California		CS. El Carmelo		CS. Víctor Raúl	
	N	%	N	%	N	%
Buena	34	56,7	31	51,7	18	30,0
Regular	22	36,7	29	48,3	35	58,3
Mala	4	6,7	0	0,0	7	11,7
Total	60	100,0	60	100,0	60	100,0

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FIABILIDAD	Entre grupos	4,233	2	2,117	6,145	,003
	Dentro de grupos	60,967	177	,344		
	Total	65,200	179			

La Tabla 3 nos muestra que la fiabilidad inherente a la calidad de la atención es para una mayor proporción de usuarios del CS California Buena (56,7%), para usuarios del CS el Carmelo Buena (51,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl Regular (58,3%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.



**Tabla 4.**

*Comparación de la Capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de salud I-3 de la Red Virú, 2017.*

CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD	USUARIOS					
	CS California		CS. El Carmelo		CS. Víctor Raúl	
	N	%	N	%	N	%
Buena	22	36,7	50	83,3	15	25,0
Regular	30	50,0	10	16,7	45	75,0
Mala	8	13,3	0	0,0	0	0,0
Total	60	100,0	60	100,0	60	100,0

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD	Entre grupos	14,011	2	7,006	26,772	,000
	Dentro de grupos	46,317	177	,262		
	Total	60,328	179			

La Tabla 4 nos muestra que la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención es para una mayor proporción de usuarios del CS California Regular (50,0%), para usuarios del CS el Carmelo Buena (83,3%) y para usuarios del CS Víctor Raúl Regular (75,0%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

**Tabla 5.**

*Comparación de la Seguridad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de salud I-3 de la Red Virú, 2017.*

SEGURIDAD	USUARIOS					
	CS California		CS. El Carmelo		CS. Víctor Raúl	
	N	%	N	%	N	%
Buena	36	60,0	55	91,7	26	43,3
Regular	18	30,0	5	8,3	34	56,7
Mala	6	10,0	0	0,0	0	0,0
Total	60	100,0	60	100,0	60	100,0

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
SEGURIDAD	Entre grupos	8,233	2	4,117	15,732	,000
	Dentro de grupos	46,317	177	,262		
	Total	54,550	179			

La Tabla 5 nos muestra que la Seguridad inherente a la calidad de la atención es, para una mayor proporción de usuarios del CS California Buena (60,0%), para usuarios del CS el Carmelo Buena (91,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl Regular (56,7%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

**Tabla 6.**

*Comparación de la Empatía inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de salud I-3 de la Red Virú, 2017.*

EMPATÍA	USUARIOS					
	CS California		CS. El Carmelo		CS. Víctor Raúl	
	N	%	N	%	N	%
Buena	47	78,3	40	66,7	17	28,3
Regular	13	21,7	20	33,3	43	71,7
Mala	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	60	100,0	60	100,0	60	100,0

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EMPATIA	Entre grupos	8,211	2	4,106	20,355	,000
	Dentro de grupos	35,700	177	,202		
	Total	43,911	179			

La Tabla 6 nos muestra que la Empatía inherente a la calidad de la atención es, para una mayor proporción de usuarios del CS California Buena (78,3%), para usuarios del CS el Carmelo Buena (66,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl Regular (71,7%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

**Tabla 7.**

*Comparación de la Tangibilidad inherente a la calidad de la atención según usuarios de la consulta externa de tres Centros de salud I-3 de la Red Virú, 2017.*

TANGIBILIDAD	USUARIOS					
	CS California		CS. El Carmelo		CS. Víctor Raúl	
	N	%	N	%	N	%
Buena	12	20,0	0	0,0	7	11,7
Regular	29	48,3	58	96,7	44	73,3
Mala	19	31,7	2	3,3	9	15,0
Total	60	100,0	60	100,0	60	100,0

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TANGIBILIDAD	Entre grupos	,278	2	,139	,512	,600
	Dentro de grupos	48,050	177	,271		
	Total	48,328	179			

La Tabla 7 nos muestra que la Tangibilidad inherente a la calidad de la atención es, para una mayor proporción de usuarios del CS California Regular (48,3%), para usuarios del CS el Carmelo Regular (96,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl Regular (73,3%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

#### IV. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio favorecen claramente al Centro de salud El Carmelo, mostrando que los procesos de atención al usuario tienen mayor efecto sobre la percepción del usuario respecto de la calidad de la atención, sin embargo, son relativos y sus explicaciones dependen de la concurrencia de múltiples factores, de allí la necesidad de trabajarlos dentro del marco de una apertura a diversas formas interpretativas para no sesgar o condicionarlos a una formula pre-condicionada. Veamos paso a paso nuestros resultados.

Respecto a los resultados mostrados en la Tabla 3 sobre la fiabilidad inherente a la calidad de la atención, que es Buena en el CS California (56,7%) y CS El Carmelo (51,7%), mientras que en el CS Víctor Raúl es Regular (58,3%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos. Estos resultados pueden deberse a la forma como se planean y establecen los objetivos metas y estrategias para la prestación de servicio de salud. No todas las instituciones o establecimientos de salud tienen las mismas posibilidades de identificar las formas para lograrlo, así como el ejercicio de establecer uno o varios cursos concretos de acción. Las indicaciones precisas de las políticas que deberán orientar y el conocimiento de las consecuencias de las acciones y la determinación de tiempo y costos, son los puntos clave del trabajo en este Campo (García, Álvarez, Terrazas y Molina, 2012).

La estrategia de acción también aporta en relación a las estimaciones del costo-tiempo que habrá de dedicarle para llegar a la meta. Pero, en algunos casos como el CS California y El Carmelo la planeación estratégica al parecer es mucho más flexible holística y permanente que los que se puede estar dando en el CS Víctor Raúl donde la calidad de la fiabilidad es fundamentalmente Regular (58,3%). Es posible que mediante la implementación del MAIS-BFC se visualizaran problemas distintos entre los establecimiento de salud, problemas centrales pueden haber tenido las mismas causas, sin embargo, los efectos de las funciones y actividades que se realizaron o se dejaron de hacer no han sido encaminadas adecuadamente

al logro de las metas, objetivos y planes trazados y, estos es lo que percibe el usuario en términos de calidad de la atención. (Giovanella et al, 2015).

No se descarta tampoco que, al generar planes y estrategias o programas de acción, éstos, no se correspondan completamente con las herramientas de gestión y administración o, que los operadores de salud presenten actitudes o prioridades completamente distintas y, por su puesto los resultados serán distintos. El impacto de estas políticas dentro de los marcos normativos legales, si bien es cierto no son percibidos como malo/as, pueden brindar las condiciones para que las percepciones del usuario no sean completamente correspondientes con la realidad (Peñafiel, 2016).

Pero, eso es lo que pueden aportar las instituciones como marco referencial partir del cual los usuarios medirán el cumplimiento de sus obligaciones al momento de recibir la atención médica. Así, se identificará el grado de congruencia entre la asignación programática del gasto y su quehacer organizacional para definir nuevas estrategias y prioridades organizacionales, afín que el impacto en la percepción del usuario sea complemente positiva y fiable. Esta es una visión de soporte muy sólida de planificación estratégica, incluso dentro de su marco normativo, porque la percepción del usuario siempre va estar orientada a esos y por otros aspectos de la vida diaria para evaluar y calificar el nivel de la calidad de la atención recibida (Conill, Fausto y Giovanella, 2010).

Para construirse en el elemento de fuerza y convicción, para que el personal operativo contribuya al logro de la misión, visión, objetivos y metas trazadas, en el caso del centro de salud Víctor Raúl debe ser analizado y estudiado a profundidad desde el punto de vista estratégico en la prestación de servicio de salud, a partir de ahí debe marcarse el camino para la implantación de sistemas de evaluación de la calidad del servicio a fin de identificar el grado de satisfacción del usuario y el tipo de incumpliendo de la normatividad que exista alrededor de la prestación de servicio en dicho centro de salud (Labonté, R. et al, 2009).

Los resultados descritos en la Tabla 4 donde se muestra, para una mayor proporción de usuarios, que la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención en el CS California es Regular (50,0%), en el CS el Carmelo Buena (83,3%) y en el CS Víctor Raúl Regular (75,0%) y que las diferencias comparativas entre ellos es significativa ( $p<0,05$ ). Estos resultados muestran diferencias significativas que favorecen definitivamente a la gestión del centro de salud El Carmelo. Al parecer en este establecimiento el tema de la responsabilidad de la atención, corresponde a una cultura de trabajo basada en el respeto al usuario, a un trato más humano en el marco de atribuciones profesionales en donde indudablemente hay una planeación de los servicios, hay estrategias, prioridades, objetivos y metas claras. Pero, también debe existir herramientas que estén orientadas al cumplimiento de los eventos trazados, no siempre y sin las herramientas adecuadas se puede llegar a un 83,3% de aceptación en la percepción del usuario sobre la calidad de la atención. Eso, es muy difícil de conseguir, salvo que el Centro de Salud El Carmelo funcione como una realidad de ente vivo y en aprendizaje constante. Lo más seguro es que están sujetándose a la aplicación de métodos de evaluación que le permite identificar si la calidad del servicio que prestan es la adecuada (Goeschel, Wachter y Pronovost, 2010).

Podría decirse que este establecimiento de salud tiene las mismas condiciones de trabajo que sus pares Centro de Salud California y Centro de Salud Víctor Raúl y sin embargo, cuenta con mayor eficacia y eficiencia, mayor grado de aceptabilidad y legitimidad entre ellos. Sin embargo, estos supuestos deben tomarse como retos a la profesión médica en su misión de garantizar la calidad de la prestación de servicio de salud, porque, sin duda, es una enseñanza significativa para quienes generan políticas públicas, sin dejar que sus principios estén acorde a las necesidades actuales y futuras de la población recibida (Conill, Fausto y Giovanella, 2010).

Otro enfoque que puede ayudarnos a explicar los resultados, es sin duda las diferencias competenciales para la realización de acciones entre los establecimientos de salud. Sin embargo, esto puede depender de un conjunto de

factores más amplios, que se producen alrededor de los desempeños laborales y las motivaciones presentes en determinados momentos. En tal sentido, es necesario evaluar la responsabilidad o capacidad de respuesta de los establecimientos en términos de correspondencias multifactoriales y no por algún aspecto específico de la prestación de servicio. Nadie en su sano juicio se empeña en ser irresponsable con lo que hace, porque trata con vidas humanas y holísticamente el personal de salud está formado para responder adecuadamente ante estos retos, por eso, apostamos por la existencia de una mayor capacidad de respuesta operativa antes que por falta de responsabilidad o competencias para la prestación de servicios en salud para explicar las diferencias entre los establecimientos de salud en estudio, al respecto de la responsabilidad inherente a la calidad de la atención (Goeschel, Wachter y Pronovost, 2010).

Respecto de los resultados descritos en la Tabla 5 sobre la Seguridad inherente a la calidad de la atención que es, para una mayor proporción de usuarios del CS California Buena (60,0%), del CS El Carmelo, Buena (91,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl Regular (56,7%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

Estos resultados pueden explicarse por la forma como son implantados o se produce los procesos en la prestación de servicio en los establecimientos de salud recibida (Conill, Fausto y Giovanella, 2010). Nuevamente en correspondencia con los resultados anteriores el Centro de Salud El Carmelo, alcanza aprobaciones altas respecto a la calidad de la Seguridad en la atención (91,7%), lo que es también difícil de alcanzar en nuestra realidad medico social. Ello supone que, a diferencia de lo que pasa en el centro de salud California y Víctor Raúl, las políticas, programas y presupuesto se corresponden entre unos y otros resultando en una práctica centrada en la seguridad del paciente. Sin duda, en el Centro de Salud El Carmelo, se trabaja con el fin de garantizar los elementos mínimos en la prestación del servicio.

Estos resultados también nos dicen que las actividades encargadas en los macro procesos prestacionales para la atención al usuario a nivel individual y colectivo se



hacen con el propósito de buscar la satisfacción de las necesidades de la población y en el cumplimiento de los derechos de los usuarios. Pues, podemos observar cuatro elementos adicionales para la prestación de servicio, en el Centro de salud El Carmelo: el primero estaría ligado a las formas de gestión y administración que al parecer han sabido definir mejor que sus pares (Centro de Salud California y Centro de Salud Víctor Raúl), las políticas y estándares de calidad de la atención en todos los macro procesos prestacionales desde el ámbito preventivo promocional hasta su máximo nivel de competencia especializada en la atención al usuario (Goeschel, Wachter y Pronovost, 2010).

El segundo elemento se relacionaría con la satisfacción de los usuarios que aportan al mejoramiento de la calidad de los servicios a nivel individual. El tercero se relacionaría con los sistemas de uso de la tecnología instrumentación e insumos existentes para la atención y cuyos costos al parecer no representan un mayor problema para la institución. El cuarto estaría vinculado a las interacciones técnicos profesionales que se dan a través de las redes asistenciales y que en conjunto permitirían la participación coordinada de apoyos institucionales recibida (Conill, Fausto y Giovanella, 2010).

Respecto de los resultados descritos en la **Tabla 6** sobre la Empatía inherente a la calidad de la atención que es, para una mayor proporción de usuarios del CS California, Buena (78,3%), el CS El Carmelo, Buena (66,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl, Regular (71,7%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

Estos resultados que favorecen tanto al Centro de Salud California y Centro de Salud El Carmelo, evocan imágenes mentales que sintetizan expectativas o que permiten a los usuarios identificarse plenamente con el personal de salud que lo atiende. El valor de estas acciones radica en la capacidad de entender al usuario para la transmisión de un mensaje condesando, que se grabaran fácilmente en la mente que atrae su atención y queda como la identidad o valoración del servicio que se recibe (Neyra y Aguirre, 2015; Nogueira, 2010).

Estos productos se obtienen por la práctica cuidadosa que se tiene al tratar al usuario, de tal manera que le permita a éste integrar una sola imagen del conjunto de prestadores servicio de salud. Al parecer esto parte desde la interacción medico paciente y, por los resultados, podemos decir que esta interacción está sirviendo para guiar la búsqueda y la explicación de la calidad desde la perspectiva del usuario. Lógicamente, no ponemos una carita feliz para saber que las relaciones interpersonales le dan sentido a dicha expresión. De ahí que no necesitamos ir buscando o logrando la sonrisa de las personas, pero, si un gesto universal que exprese satisfacción por la experiencia que se vive (Nogueira, 2010).

Por ello, los resultados expuestos pueden interpretarse en términos más adecuados, no desde un acróstico de sonrisa para facilitar la transmisión de un mensaje, sino, como la descripción de una oportunidad para mejorar la atención de las necesidades y expectativas del usuario. Luego, solo queda la valoración de los resultados clínicos, ya que esto hace que el comportamiento del usuario valore el accionar de la institución como efectiva y eficaz y con ello marque la diferencia al respecto de los procesos empáticos con propósitos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Rovere, 2012).

Por último, respecto a los resultados descritos en la Tabla 7 sobre la Empatía inherente a la calidad de la atención que es, para una mayor proporción de usuarios del CS California Regular (48,3%), del CS El Carmelo Regular (96,7%) y para usuarios del CS Víctor Raúl, Regular (73,3%). Comparando estas proporciones se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos.

Estos resultados pueden explicarse por la forma en que se trabaja dentro del sistema de salud a nivel nacional. No se necesita ser muy estudioso o un perito en la materia para entender que ni los presupuestos ni las gestiones a tiempo o adecuadas a las necesidades de las instituciones para producir un mayor confort en la prestación de servicios a los usuarios son fortalezas competitivas de las instituciones de salud. En principio estaríamos hablando de las estructuras organizacionales y las funciones que esta cumple para invertir el orden de

prioridades y crear estructuras que no tiene una función suficientemente justificadas (Nogueira, 2010).

La parsimonia de la burocracia, la negociación mafiosa (que se hacen evidentes a través de los escándalos públicos de compras ilegales construcciones que nunca se hicieron, instrumentación que nunca funciona) son solo dos elementos que nos permiten entender lo que podría estar pasando con los tres establecimientos de salud en estudio, pues, ninguno puede brindar una atención en correspondencia con un confort o ambientación adecuada para la prestación de servicio (Martínez, 2015).

Esto hace que los resultados, al concentrarse mayoritariamente en una calidad regular de la tangibilidad, nos indique que los despliegues dentro de estrategias cruzadas para ejecutar los presupuestos, en cuanto al mantenimiento y mejora de la infraestructura, equipamiento y otros aspectos involucrados tangiblemente en las prestación de servicio, son los secretos mejor guardado de la gestión y administración hospitalaria, y, las razones por las que se impulsan cambios permanentes, no por que tengan el propósito de buscar una mejora en la prestación de los servicios, sino, porque hay intereses que compiten para lograr algún tipo de beneficio distintos a los que se trazan institucionalmente (Martínez, 2015: Wills, 2011).

La enseñanza en sí misma es una aberración lógica, si es que todos estos procesos dependieran exclusivamente de la administración y gestión de dichos establecimiento de salud, pero, ya se sabe que no es así, que los presupuestos son asignados de acuerdo a como se conciben los planes y estrategias mayores a través de las Redes Integradas de Establecimiento de Salud (RIES), cuyo papel siempre está en tela de juicio desde el más alto nivel de las áreas médicas y de los funcionarios responsables de la ejecución de las tareas (Martínez, 2015, Rovere, 2012).

Son estas últimas instancias donde se producen las principales barreras para planear, dirigir, organizar y controlar o, planear, hacer, verificar y actuar, de

cualquier forma, en que se las vea a las instituciones bases de la prestación de servicio en salud. Todo esto es transferido a la percepción del usuario sobre los aspectos tangibles, sin necesidad de que medie proceso alguno, o, una intención oscura de algún actor social que participa de la gestión o administración en la prestación de servicio de salud. Por ello, la evaluación permanente o medición y análisis constante de la empatía, es la herramienta que nos permite saber cuándo un accionar estaría condicionando la percepción del usuario sobre la calidad del servicio (Martínez, 2015, Rovere, 2012).

## **V. CONCLUSIONES**

- 1      Existe diferencia significativa ( $p<0,05$ ) al comparar la fiabilidad inherente a la calidad de la atención, según usuarios de la consulta externa, entre tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
  
- 2      Existe diferencia significativa ( $p<0,05$ ) al comparar capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención, según usuarios de la consulta externa, entre tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
  
3.     Existe diferencia significativa ( $p<0,05$ ) al comparar la seguridad inherente a la calidad de la atención, según usuarios de la consulta externa, entre tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
  
4.     Existe diferencia significativa ( $p<0,05$ ) al comparar la Empatía inherente a la calidad de la atención, según usuarios de la consulta externa, entre tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.
  
5.     Existe diferencia significativa ( $p<0,05$ ) al comparar la Tangibilidad inherente a la calidad de la atención, según usuarios de la consulta externa, entre tres Centros de Salud I-3 de la Red Virú.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 1 Promover la generación de procesos de evaluación permanente de la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario en los tres establecimientos de salud con el objeto de monitorizar los procesos de prestación der servicios de salud en la Red Virú.
- 2 Socializar los procesos de atención al usuario entre los tres establecimientos de salud para extraer lecciones y señalar nuevos y mejora rumbos para la gestión y administración hospitalaria.
3. Promover un manejo transparente de los presupuestos destinados al mantenimiento y mejora de la infraestructura, equipamiento y abastecimiento de insumos y medicamentos con el objeto de contar con herramientas adecuadas para la mejor atención al usuario.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Araya C. (2011). Calidad percibida en la atención odontológica a una población urbana usuaria de un centro de salud familiar: Una valoración empírica de los elementos intangibles de los servicios de salud. Talcahuano. Chile. Chile: Universidad de Córdoba/Universidad de Concepción.
- Conill E, Fausto M y Giovanella L. (2010). Contribuciones del análisis comparadas para un marco integral en la evaluación de sistemas orientados por la atención primaria en América Latina. Rev. Bras. Salud Matern. De la ciudad de Recife, v. 10, supl. 1, p. S14-s27, 2010
- Del Salto E (2014). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. Ecuador: UNQ
- Donabedian A. (1980) La definición de calidad y los enfoques para su evaluación. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980.
- Donabedian A (1984). La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Donabedian A. (1990). Dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. Rev. Salud Pública de México, 1990; 32 (2): 113-7.
- Donabedian A (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad", Salud Pública de México, 1993; 35 (3): 238 - 47.
- García D (2014). Percepción y las expectativas de la calidad de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud Delicias Villa - Chorrillos desde febrero de 2013 a mayo de 2013. Perú: USMP.

- García S, Álvarez F, Terrazas P y Molina I (2012). La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. México: Secretaría de Salud.
- Giovanella L, Fidelis P, Vega R, Oliveira S, Tejerina H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde debate vol.39 no.105 Rio de Janeiro Apr./June 2015
- Goeschel C, Wachter R y Pronovost P (2010). Responsabilidad por la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Desafíos de Liderazgo del Personal Médico y de la Junta de Hospital. Chest; 138 (1): 171-178.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. (2012). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Labonté, R. et al. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, v. 8, n. 16, p. 14-29, 2009.
- Martínez J. (2015). Atención primaria de salud: de la teoría a la práctica aplicada a un problema de salud. España: Universidad de Murcia.
- Mercado K (2016). Calidad de servicios que brinda el centro odontológico Odontomed a los pacientes. Ecuador: PUCE
- Ministerio de Salud (MINSA) (2011). Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad. Perú: MINSA/Resolución Ministerial N° 464-2011
- Ministerio de Salud (MINSA) (2012). Análisis de situación de salud la Libertad 2011. Perú: MINSA/DRESA
- Neyra R y Aguirre H (2015). Calidad de atención médica. Chile: OPS.



Nogueira, R. P. (2010) Determinación de la reforma sanitaria y la salud social. Rio de Janeiro- Brasil: Cebes, 2010. p. 87-125., 87-125

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud; el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Introducción, administración y puntuación en la evaluación de la calidad de la atención. OMS. Ginebra-Suiz: WHOQOL-BREF

Organización Mundial de Salud (OMS, 2015). Salud y Derechos Humanos. *Centro de Prensa*. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Organización Mundial de Salud (OMS, 2016). La escasez mundial de medicamentos y seguridad y accesibilidad. Recuperado el 22 de 08 de 2017, de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_42-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_42-sp.pdf)

Organización Mundial de Salud (OMS 2011) & Organización Panamericana de la Salud (OPS). Economía y salud: aportes y experiencias en América Latina. Chile: OMS/OPS. 2011

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). Evaluación de la funcionalidad de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en 5 regiones con mayor razón de mortalidad materna y en Andahuaylas. Perú: OPS.

Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Un modelo conceptual (1988) de la calidad del servicio y sus implicaciones para futuras investigaciones. *Diario de Marketing*: 49: 41-50.

- Peñafiel A. (2016). Impacto de la integración intercultural al sistema de salud en usuarios internos y externos del Hospital Divina Providencia en el Cantón San Lorenzo en Esmeraldas de septiembre del 2015 a enero del año 2016. Ecuador.: Pontifica Universidad Católica del Ecuador. 2016.
- Ramos L (2015). Factores asociados al nivel de satisfacción sobre la calidad de la atención del usuario externo Centro de Salud Pícsi, 2015. Perú: UNMSM.
- Rodríguez M. (2012). Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú: UNMSM
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, 2012.
- Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014; 22(3):454-60
- Tejerina, H. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Bolivia. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014.
- The Commonwealth Fund. (2011). Saliendo de la crisis: Experiencias de pacientes en atención primaria en Nueva Orleans, cuatro años después de Katrina - Los resultados de Encuesta 2009-2010 en pacientes. EE.UU. The Commonwealth Fund. 2011
- Vargas A, Solana P, Mercado C. (2014). Aportes de la calidad del servicio en clínicas dentales .España: UPN/URJC.

Vega Y. (2013). Calidad percibida en la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en la Institución Prestadora de servicios de Salud de Barranquilla. Colombia: UAVC.

Wills, E. (2011). El reto de construir socialmente el bienestar de las personas y de las sociedades. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2011

# ANEXO 1:

## UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

### ESCALA SERVQUAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la <b>IMPORTANCIA</b> que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas							
02	E	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada							
03	E	Que la atención por el médico u otro profesional se realice según el horario publicado en el EESS							
04	E	Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes							
05	E	Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico							
06	E	Que la atención en el área de caja/farmacia sea rápida							
07	E	Que la atención en el área de admisión sea rápida							
08	E	Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto							
09	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
10	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso							
12	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud							
13	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza							
14	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
16	E	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
17	E	Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud							
19	E	Que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes							
21	E	Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes							
22	E	Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							

PERCEPCIONES									
<p>En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <u>HA RECIBIDO</u>, la atención en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7.</p> <p>Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.</p>									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?							
02	P	¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?							
03	P	¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?							
04	P	¿Cuando usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?							
05	P	¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P	¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida?							
07	P	¿La atención en el área de admisión fue rápida?							
08	P	¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?							
09	P	¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?							
10	P	¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?							
11	P	¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso?							
12	P	¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?							
13	P	¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?							
14	P	¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El personal de caja/farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
16	P	¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?							
19	P	¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?							
21	P	¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?							
22	P	¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?							

### Anexo 3

## VALIDACIÓN GENERAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN (E-P) EN LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,863	,867	22

#### Estadísticas e elementos (ítems)

ITEMS	Media	Desviación estándar	N
1	3,50	2,614	22
2	4,86	1,390	22
3	4,36	1,364	22
4	3,00	1,826	22
5	4,00	1,543	22
6	4,36	2,279	22
7	3,50	2,614	22
8	4,86	1,390	22
9	4,36	1,364	22
10	4,05	1,676	22
11	3,95	1,731	22
12	4,00	1,718	22
13	3,95	1,731	22
14	3,64	2,460	22
15	4,95	1,362	22
16	3,64	2,460	22
17	4,95	1,362	22
18	4,95	1,362	22
19	5,00	1,952	22
20	5,00	1,952	22
21	4,23	2,844	22
22	4,23	2,844	22

### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,244	3,000	5,000	2,000	1,667	,342	22
Varianzas de elemento	3,881	1,855	8,089	6,234	4,361	4,676	22
Covariables entre elementos	,862	-,762	8,089	8,851	-10,616	1,560	22
Correlaciones entre elementos	,228	-,287	1,000	1,287	-3,480	,087	22

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	89,86	405,171	,679	,846
2	88,50	458,833	,381	,859
3	89,00	451,238	,524	,856
4	90,36	435,290	,589	,852
5	89,36	465,957	,227	,863
6	89,00	424,762	,570	,852
7	89,86	405,171	,679	,846
8	88,50	458,833	,381	,859
9	89,00	451,238	,524	,856
10	89,32	456,418	,339	,860
11	89,41	454,253	,355	,860
12	89,36	460,433	,273	,862
13	89,41	457,491	,310	,861
14	89,73	437,446	,389	,860
15	88,41	453,587	,483	,857
16	89,73	437,446	,389	,860
17	88,41	453,587	,483	,857
18	88,41	453,587	,483	,857
19	88,36	457,957	,260	,863
20	88,36	457,957	,260	,863
21	89,14	409,171	,576	,852
22	89,14	409,171	,576	,852

#### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
93,36	483,481	21,988	22

#### Coefficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,222 <sup>a</sup>	,128	,389	7,278	21	441	,000
Medidas promedio	,863 <sup>c</sup>	,764	,933	7,278	21	441	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.



## Anexo 4

### VALIDACIÓN ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011. DIMENSIÓN: FIABILIDAD.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,722	,763	5

	Estadísticas e elementos (ítems)	Media	Desviación estándar	N
1	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?	3,50	2,614	22
2	¿El médico le atendió en el horario programado?	4,86	1,390	22
3	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?	4,36	1,364	22
4	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?	3,00	1,826	22
5	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?	4,00	1,543	22

#### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
1	3,50	2,614	22
2	4,86	1,390	22
3	4,36	1,364	22
4	3,00	1,826	22
5	4,00	1,543	22

#### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,945	3,000	4,864	1,864	1,621	,528	5
Varianzas de elemento	3,268	1,861	6,833	4,972	3,671	4,316	5
Covariables entre elementos	1,117	-,667	2,048	2,714	-3,071	,595	5
Correlaciones entre elementos	,391	-,165	,605	,770	-3,659	,047	5

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	16,23	22,089	,397	,759
2	14,86	27,171	,661	,626
3	15,36	27,671	,638	,636
4	16,73	23,541	,667	,597
5	15,73	31,922	,251	,750

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
19,73	38,684	6,220	5

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,342 <sup>a</sup>	,158	,573	3,596	21	84	,000
Medidas promedio	,722 <sup>c</sup>	,483	,870	3,596	21	84	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia.

La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

## Anexo 5

### VALIDACIÓN ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011. DIMENSIÓN: CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,704	,754	4

	Estadísticas e elementos (ítems)	Media	Desviación estándar	N
6	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?	4,36	2,279	22
7	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?	3,50	2,614	22
8	¿Cuándo necesitó placas radiográficas le hicieron su referencia al hospital donde se le pudo realizar en forma rápida y oportuna?	4,86	1,390	22
9	¿La atención en farmacia fue rápida?	4,36	1,364	22

#### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,273	3,500	4,864	1,364	1,390	,321	4
Varianzas de elemento	3,956	1,861	6,833	4,972	3,671	6,098	4
Covariables entre elementos	1,474	,814	2,048	1,234	2,516	,198	4
Correlaciones entre elementos	,434	,262	,605	,343	2,311	,014	4

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
6	12,73	19,922	,413	,700
7	13,59	15,587	,538	,635
8	12,23	23,422	,606	,610
9	12,73	23,922	,579	,625

**Estadísticas de escala**

		Desviación estándar	N de elementos
Media	Varianza		
17,09	33,515	5,789	4

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,373 <sup>a</sup>	,160	,613	3,377	21	63	,000
Medidas promedio	,704 <sup>c</sup>	,433	,864	3,377	21	63	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

## Anexo 6

### VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011. DIMENSIÓN: SEGURIDAD.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,991	,991	4

	Estadísticas e elementos (ítems)	Media	Desviación estándar	N
10	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?	4,05	1,676	22
11	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?	3,95	1,731	22
12	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	4,00	1,718	22
13	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?	3,95	1,731	22

#### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,989	3,955	4,045	,091	1,023	,002	4
Varianzas de elemento	2,939	2,807	2,998	,190	1,068	,008	4
Covariables entre elementos	2,834	2,807	2,857	,050	1,018	,001	4
Correlaciones entre elementos	,965	,936	,992	,056	1,060	,000	4

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
10	11,91	25,991	,993	,984
11	12,00	25,810	,964	,991
12	11,95	25,665	,985	,985
13	12,00	25,810	,964	,991

#### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
15,95	45,760	6,765	4

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,964 <sup>a</sup>	,933	,983	108,787	21	63	,000
Medidas promedio	,991 <sup>c</sup>	,982	,996	108,787	21	63	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

## Anexo 7

### VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011. DIMENSIÓN: EMPATÍA

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,876	,910	5

	Estadísticas e elementos (ítems)	Media	Desviación estándar	N
14	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	3,64	2,460	22
15	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?	4,95	1,362	22
16	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?	3,64	2,460	22
17	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?	4,95	1,362	22
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?	4,95	1,362	22

#### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,427	3,636	4,955	1,318	1,363	,521	5
Varianzas de elemento	3,534	1,855	6,052	4,197	3,263	5,284	5
Covariables entre elementos	2,066	1,506	6,052	4,545	4,017	1,884	5
Correlaciones entre elementos	,670	,450	1,000	,550	2,224	,077	5

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
14	18,50	31,786	,762	,846
15	17,18	43,680	,747	,851
16	18,50	31,786	,762	,846
17	17,18	43,680	,747	,851
18	17,18	43,680	,747	,851

#### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
22,14	58,981	7,680	5

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,585 <sup>a</sup>	,399	,764	8,034	21	84	,000
Medidas promedio	,876 <sup>c</sup>	,769	,942	8,034	21	84	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.



## Anexo 8

### VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011. DIMENSIÓN: TANGIBILIDAD.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,702	,704	4

	Estadísticas e elementos (ítems)	Media	Desviación estándar	N
19	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?	5,00	1,952	22
20	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?	5,00	1,952	22
21	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	4,23	2,844	22
22	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?	4,23	2,844	22

#### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,614	4,227	5,000	,773	1,183	,199	4
Varianzas de elemento	5,949	3,810	8,089	4,279	2,123	6,104	4
Covariables entre elementos	2,205	,333	8,089	7,755	24,266	9,310	4
Correlaciones entre elementos	,373	,060	1,000	,940	16,653	,214	4

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
19	13,45	37,498	,375	,700
20	13,45	37,498	,375	,700
21	14,23	24,660	,620	,545
22	14,23	24,660	,620	,545

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
18,45	50,260	7,089	4

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,371 <sup>a</sup>	,158	,612	3,356	21	63	,000
Medidas promedio	,702 <sup>c</sup>	,429	,863	3,356	21	63	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia.

La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

## Anexo 9

### Base de datos del estudio piloto Servqual MINSA adaptado para medir dimensiones de la calidad de la atención al usuario externo

	Fiabilidad					responsabilidad				Seguridad				Empatía					Tangibilidad			
1	1	7	4	1	5	1	1	7	4	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1
2	1	3	3	1	3	1	1	3	3	5	5	5	5	1	5	1	5	5	2	2	1	1
3	7	7	7	7	6	7	7	7	7	3	3	2	3	6	7	6	7	7	7	7	7	7
4	3	3	3	3	3	7	3	3	3	4	4	4	4	6	6	6	6	6	4	4	7	7
5	7	7	7	7	5	7	7	7	7	6	6	6	6	1	5	1	5	5	3	3	7	7
6	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	1	5	1	5	5	3	3	4	4
7	1	3	3	1	3	1	1	3	3	4	2	4	4	7	6	7	6	6	7	7	1	1
8	1	3	3	1	3	1	1	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	1	1
9	6	7	4	4	4	7	6	7	4	3	3	3	3	7	5	7	5	5	3	3	7	7
10	6	6	6	2	2	4	6	6	6	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
11	1	5	3	2	3	3	1	5	3	4	4	4	4	1	5	1	5	5	7	7	1	1
12	1	5	5	2	3	3	1	5	5	2	2	2	2	1	5	1	5	5	4	4	6	6
13	7	6	3	4	4	7	7	6	3	3	3	3	3	7	5	7	5	5	3	3	7	7
14	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	5	1	5	5	7	7	1	1
15	7	5	6	2	3	3	7	5	6	7	7	7	7	1	5	1	5	5	7	7	1	1
16	4	4	4	6	4	4	4	4	4	4	4	4	2	6	4	6	4	4	4	4	7	7
17	1	5	5	4	7	7	1	5	5	3	3	3	3	1	1	1	1	1	7	7	7	7
18	1	5	5	2	4	4	1	5	5	7	7	7	7	6	6	6	6	6	4	4	1	1
19	7	5	6	2	3	3	7	5	6	7	7	7	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7
20	1	5	3	4	7	7	1	5	3	4	4	4	4	3	6	3	6	6	7	7	7	7
21	1	5	5	4	7	7	1	5	5	1	1	1	1	5	6	5	6	6	7	7	5	5
22	6	4	4	2	4	4	6	4	4	6	6	6	6	4	6	4	6	6	7	7	6	6

## ANEXO 10

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Mediante el presente documento:** Yo .....,

Acepto formar parte de la investigación “Calidad de la atención en la consulta externa: comparación en usuarios de tres Centros de salud I-3. Red Virú, 2017”, que se realizará, habiendo sido informado sobre el propósito de dicho estudio a cargo de la investigadora: Br. Cinthia Yackeline Narváez Aycho, estudiante de la Maestría Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo de Trujillo, ya que mi declaración va hacer confidencial, anónima y bajo el secreto profesional para el desarrollo de su investigación. Habiendo ya explicado, el procedimiento a seguir y asegurando la reserva de mis datos, doy mi consentimiento.

---

**FIRMA**

## ANEXO 11

GOBIERNO  
REGIONAL  
LA  
LIBERTAD



Gerencia  
Regional de  
Salud

UNIDAD  
EJECUTORA DE  
SALUD VIRÚ

HOSPITAL  
PROVINCIAL  
VIRÚ

JUSTICIA SOCIAL  
CON INVERSIÓN

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año del buen servicio al ciudadano"

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UE 412 SALUD VIRÚ,  
HACE CONSTAR:

Que el proyecto de tesis titulado *"Calidad de la atención en la consulta externa: comparación en usuarios de tres Centros de salud I-3. Red Virú, 2017."*, perteneciente a la alumna de maestría en Gestión de los Servicios de Salud, Cinthia Yackeline Narváez Aycho; ha sido aprobado por el comité encargado de calidad de la red Virú.

Así mismo, se le autoriza el acceso a los Centros de Salud e información institucional que requiera para la ejecución del mencionado proyecto.

Virú, 30 de Setiembre del 2017

REGIÓN LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD VIRÚ  
.....  
M.C. Josmil Elías Espinoza Posadas  
Director Ejecutivo

---

*"Justicia Social con Inversión"*